FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

N° 98

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# KYSTES SPERMATIQUES

## (REVUE GÉNÉRALE)

PAR

**G. WALLIMANN**

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique
Ancien Interne de Saint-Lazare
Médaille des Épidémies du Ministère de l'Intérieur

*Né à Paris, le 18 février 1885*

*Président :* M. SEGOND, *Professeur*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>TEISSIER |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | LETULLE |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | CHAUFFARD<br>GILBERT<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladie des enfants | HUTINEL |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | DEJERINE |
| Clinique chirurgicale | Pierre DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | PINARD<br>BAR<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN |

**Agrégés en exercice**

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LENORMANT | PROUST |
| BERNARD | DUVAL Pierre | LEQUEUX | RATHERY |
| BRANCA | GOUGEROT | LERI | RETTERER |
| BRINDEAU | GRÉGOIRE | LŒPER | RICHAUD |
| BROCA André | GUENIOT | MACAIGNE | ROUSSY |
| BRUMPT | GUILLAIN | MAILLARD | ROUVIERRE |
| CAMUS | JOUSSET André | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CARNOT | LABBE Marcel | MULON | SICARD |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NICLOUX | TERRIEN |
| CHEVASSU | LAIGNEL-LAVASTINE | NOBÉCOURT | TIFFENEAU |
| CLAUDE | LECENE | OKINCZYC | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | | OMBREDANNE | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

*A qui je dois tant, en témoignage*
*de ma profonde affection.*

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

*A mon Président de Thèse*

Monsieur le Professeur SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Stage*

1905. — Monsieur le Professeur Tuffier,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

1906. — Monsieur le Professeur Achard,
Médecin de l'Hôpital Tenon.

*Externat*

1907. — Monsieur le Docteur Reynier,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

1908. — Monsieur le Docteur Michaux,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

1909. — Monsieur le Docteur Caussade,
Médecin de l'Hôpital Tenon.

1910. — Monsieur le Docteur Lobligeois,
Chef du service de Radiologie de l'Hôpital
Bretonneau.

1911. — Monsieur le Docteur Boissard,
Accoucheur des Hôpitaux.

## A MES MAITRES DE SAINT-LAZARE

1910. — Monsieur le Docteur Ermenge,
Médecin de la Prison de Saint-Lazare.

1911. — Monsieur le Docteur Le Pileur,
Médecin de la Prison Saint-Lazare.

A MM. les Docteurs Routier, Klippel, Savariaud,
Muselier, Mouchet, Lévy-Bing et Planson.

CHAPITRE I

# DÉFINITION — ÉTIOLOGIE

« Les kystes spermatiques sont des tumeurs à contenu liquide, opalin, lactescent, tenant en suspension des spermatozoïdes ou des débris de spermatozoïdes, et se trouvant en rapport avec la portion scrotale du canal excréteur du sperme » (VAUTRIN).

BRODIE paraît être le premier chirurgien qui, en 1834, ait fait connaître les kystes spermatiques et les grands kystes superficiels du testicule et de l'épididyme. — Mais la première observation clinique de cette affection est celle de VELPEAU qui, en 1840, eut l'occasion de voir une tumeur liquide des bourses renfermant des spermatozoïdes. Quelques années plus tard, en 1844, JAMES PAGET, en faisant une autopsie, trouva, attaché à la surface de l'épididyme, un kyste contenant un liquide opaque avec une grande quantité de spermatozoïdes. Déjà, en 1843, avaient paru les travaux de LLOYD et de LISTON, aboutissant, l'un et l'autre, à cette conclusion que les kystes spermatiques étaient, au point de vue pathogénique, de simples kystes par rétention.

Dolbeau et Verneuil se rattachèrent à cette théorie tandis que Gosselin et Sédillot la combattaient et édifiaient la théorie de l'enkystement d'un épanchement spermatique. Puis parurent les travaux de Curling (1850), de Broca (1869), de Reclus (1875), de Hochenegg (1885 , de Kocher (1887), de Vautrin (1889), de Poirier (1890), de Pagès (1894 , de G. Th, Walter (1901), de Solaro 1908), etc.

Les kystes spermatiques constituent une affection rare : Albert n'a rencontré que trois cas de kystes sur 6000 malades et Hochenegg n'a trouvé que 27 kystes spermatiques sur 332 testicules pathologiques qu'il a examinés.

C'est surtout une maladie de l'âge mûr : la plupart des malades dont les observations ont été publiées avaient plus de 45 ans. Cependant les kystes à spermatozoïdes ne sont pas absolument rares dans l'adolescence, à partir de l'âge de la puberté.

On relève assez fréquemment un traumatisme de la région des bourses dans les antécédents des malades porteurs d'un kyste spermatique. Mais il semble bien difficile d'admettre que le traumatisme puisse à lui seul amener le développement d'une semblable tumeur, et il est vraisemblable que là encore, il n'agit d'une façon générale que comme cause adjuvante.

CHAPITRE II

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

NOMBRE. — Il n'est pas rare de rencontrer, à la périphérie d'un grand kyste spermatique, une ou plusieurs petites cavités kystiques dont le contenu et la structure sont absolument identiques à ceux du grand kyste. Parfois une de ces petites cavités s'accroît progressivement et finit par acquérir un volume appréciable. Ainsi dans une observation de Bouilly, coexistaient sur le même épididyme, deux grands kystes spermatiques et plusieurs petits.

Mais cette multiplicité des cavités kystiques n'est pas la règle et elle ne s'observe que quatre fois sur trente environ, d'après les observations que nous avons dépouillées.

VOLUME. — Le volume des kystes spermatiques est très variable : certains ont à peine les dimensions d'un pois ; d'autres contiennent 500 centimètres cubes de liquide (Leroy) ; 950 centimètres cubes (Delattre) ; 1000 centimètres cubes (Curling). Mais les dimensions

moyennes des kystes observés communément en clinique varient de celles d'une noix à celles d'un œuf de poule, et leur contenance en liquide oscille généralement entre 30 et 60 centimètres cubes.

FORME. — Leur forme est régulière, arrondie ou ovoïde. Quelquefois cependant la tumeur est multilobée et cet aspect correspond soit à un kyste multiloculaire, soit à des kystes multiples et adossés.

SIÈGE. — Les kystes spermatiques siègent avec une égale fréquence au niveau de l'une ou de l'autre bourse. Exceptionnellement, on a signalé la coexistence d'un kyste situé dans la bourse droite et d'un autre kyste situé dans la bourse gauche (Coulon, Pagès, Solaro).

Nous étudierons leur siège tout d'abord par rapport au conduit excréteur, ensuite par rapport à la vaginale.

**Par rapport au conduit excréteur** de la glande génitale, on peut distinguer deux variétés de kystes spermatiques : les uns sont situés au voisinage immédiat de l'épididyme, ou dans l'épaisseur même de cet organe ; — les autres sont échelonnés le long de la portion scrotale du canal déférent et, de prime abord ne se différencient en rien des kystes simples du cordon.

Les premiers, appelés *kystes épididymaires* et *paraépididymaires*, constituent la presque totalité des cas observés. Tantôt ils siégent dans l'épaisseur même de l'épididyme, distendant une portion plus ou moins étendue de cet organe, ordinairement la tête ou la moitié antérieure du corps ; tantôt ils s'extériorisent hors du pelo-

ton épididymaire et s'étalent alors, soit sur son bord supérieur, soit sur sa face inférieure, dans le sillon épididymo-testiculaire. Lorsqu'ils acquièrent un volume assez considérable, les kystes situés sur le bord supérieur de l'épididyme ont une tendance manifeste à se développer surtout dans le sens vertical. Tout en faisant corps avec l'épididyme, ils remontent donc plus ou moins le long du cordon et restent par conséquent absolument indépendants du testicule. Au contraire, ceux qui sont nés dans le sillon épididymo-testiculaire se coiffent de la vaginale et s'étalent sur la face externe ou sur la face interne du testicule qu'ils englobent plus ou moins. Parfois même, ils restent en contact immédiat avec le testicule, et, sans se coiffer de la vaginale, sans proéminer au dehors, s'aplatissent en quelque sorte contre la glande, compris dans la même séreuse viscérale qu'elle. (Observation de Pinatelle et Douroux.)

La plupart des kystes spermatiques épididymaires s'implantent par une base sessile sur la tête ou sur la partie antérieure du corps de l'épididyme ; il est très rare de les voir rattachés à la moitié postérieure du conduit épididymaire. Certains s'insèrent à la surface de l'albuginée testiculaire (Leroy). D'autres, quoique étalés tout le long du bord supérieur de l'épididyme, n'ont cependant avec cet organe que des rapports de contiguité, et présentent un pédicule s'insérant sur l'origine du déférent (Solaro).

*Les kystes spermatiques funiculaires* sont infiniment plus rares que les précédents. On peut les rencontrer tout le long de la portion scrotale du cordon jusqu'à l'orifice

externe du canal inguinal ; mais leur siège le plus fréquent est la partie inférieure du cordon spermatique. Contrairement aux kystes épididymaires qui sont ordinairement sessiles, les kystes funiculaires ne sont le plus souvent rattachés au déférent que par un grêle pédicule.

**Par rapport à la vaginale** les kystes spermatiques de la région épididymaire sont en règle générale tapissés plus ou moins complètement par la séreuse testiculaire. Seuls sont nettement extravaginaux les kystes funiculaires et certains kystes rattachés au bord supérieur de l'épididyme par un pédicule bien marqué qui les isole de la séreuse.

CONTENU. — Le contenu des kystes spermatiques est formé par un liquide laiteux, grisâtre ou opalescent, dont la densité oscille entre 1005 et 1011 et dont la réaction est neutre ou faiblement alcaline. D'après Duval, l'analyse de ce liquide montrerait une composition chimique un peu différente de celle du sperme : le chlorure de sodium y serait en effet en quantité beaucoup plus notable que dans le sperme, tandis que les phosphates y feraient complètement défaut. — L'examen microscopique y montre la présence de spermatozoïdes plus ou moins abondants et plus ou moins mobiles selon les cas. Parfois les spermatozoïdes vivants ont disparu et on ne trouve plus que des spermatozoïdes morts, immobiles ou même fragmentés.

A côté des spermatozoïdes, le microscope décèle dans le liquide la présence de cellules spéciales d'aspect épithélial, arrondies ou polyédriques, contenant souvent

des granulations adipeuses. — Enfin, on trouve aussi dans le liquide de nombreuses granulations fines qui, pour Vautrin, ne seraient que le produit de coagulation des albumines du liquide par les réactifs fixateurs. Pour Sabrazès ces cellules et ces granulations auraient une toute autre signification ; cet auteur, en effet, a cherché par l'étude cytologique de ces éléments à expliquer la pathogénie des kystes spermatiques. Nous ne pouvons pas mieux faire que de citer ici le passage le plus important de ce travail consciencieux.

« Ces liquides... centrifugés peu après la ponction, fournissent un dépôt dont les couches supérieures contiennent exclusivement des spermatozoïdes ; mais au fond du tube, on trouve des éléments cellulaires tout autres, très nombreux. Etudions-les entre lames et lamelles : il ne s'agit pas de cellules épithéliales. Ce sont des cellules isolées les unes des autres, ne se présentant jamais en placards, de forme ronde ou ovale, rarement allongées ou polyédriques, de volume extrêmement variable, oscillant de 10 μ à 45 μ, contenant souvent des inclusions... Faisons une coloration vitale au rouge neutre, au bleu de méthylène ou mieux au bleu polychrome, en délayant une trace de ces colorants dans une goutte de liquide kystique que l'on monte entre lame et lamelle : ces cellules nous apparaissent alors soit comme de grands éléments mononucléés à protoplasma exubérant, très faiblement basophile, ou même un peu acidophile, à noyau rond, clair, centré par un grain de chromatine, soit, plus rarement, comme de grands éléments lymphocytoïdes. A côté de ces cellules on voit de nombreux spermatozoïdes intacts ou altérés.

Beaucoup, parmi ces cellules, ont dans leur protoplasma des inclusions plus ou moins nombreuses (un ou deux gros

corpuscules basophiles, des granulations réfringentes, des têtes de spermatozoïdes, parfois en grand nombre, privées généralement de leur queue).

Laissons le bleu polychrome agir un certain temps sur la préparation lutée. Les têtes des spermatozoïdes, primitivement violacées, virent au vert pâle, et l'on voit nettement que ce sont bien des têtes qui ont été englobées par le protoplasma des macrophages ; elles sont tantôt de forme normale, tantôt globuleuses, tantôt rapetissées,.... On peut voir çà et là, un ou deux spermatozoïdes inclus dont la queue persiste encore et émerge au dehors...

Ces cellules sont des macrophages analogues à ceux du tissu conjonctif, de la rate, des ganglions lymphatiques, des cavités séreuses ; elles rappellent morphologiquement les cellules endothéliales desquamées du péritoine des cobayes ayant englobé les spermatozoïdes qu'on y a injectés,.... ainsi que les images fournies par les liquides d'hydrocèle dans lesquels un peu de sperme s'est déversé à la suite d'une ponction ayant blessé les conduits séminifères. »

Retenons ces faits, ils nous permettront de comprendre comment on peut expliquer certains kystes spermatiques par un épanchement traumatique de spermatozoïdes enkystés.

Parois. — La paroi des kystes spermatiques est formée par une membrane mince et souvent transparente, au point que l'on peut apercevoir, à travers elle, le liquide qu'elle contient. Parfois, elle présente par places des épaississements, des petits nodules de structure nettement différenciée sur lesquels nous reviendrons dans un instant. Cette paroi est de couleur blanchâtre, jaunâtre ou rosée, et, lorsque le kyste atteint un certain

développement, on trouve à sa surface des arborisations vasculaires très nettes. Ces arborisations convergent toutes vers un même point de la paroi, point qui correspond à l'implantation du pédicule nutritif de la formation kystique.

Intérieurement, cette paroi est lisse, unie, et présente l'aspect général d'une cavité endothéliale. Elle forme, presque toujours, une seule loge au liquide kystique et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle se trouve divisée, par des diaphragmes, en plusieurs loges communicantes ou indépendantes.

Si l'on imprègne au nitrate d'argent une partie de la paroi kystique et si l'on examine au microscope sa surface interne, on observe l'aspect d'une mosaïque comparable à celui que donne l'examen d'une séreuse. Les cellules, vues ainsi par leur face libre, ont des contours polyédriques et des dimensions oscillant entre 5 à 10 μ.

Mais ce n'est que sur des coupes transversales que l'on peut se rendre compte de la structure intime de la paroi. L'aspect des coupes varie d'ailleurs selon que l'on examine les portions minces ou les parties épaissies, les nodosités de la paroi. — *Dans les portions minces*, les coupes montrent que la membrane kystique est constituée simplement par une couche épithéliale reposant sur une coque fibreuse. La couche épithéliale est formée, pour tous les auteurs récents, d'une seule assise de cellules cubiques, plus ou moins hautes (cylindriques pour les uns, aplaties pour les autres), à noyau central, sans cellules de remplacement. Seul Hochenegg décrit l'épithélium comme formé d'une couche cylindrique stra-

tifiée. La coque fibreuse, dans les kystes de petites dimensions, est constituée par deux couches distinctes, l'une musculaire lisse, l'autre conjonctive. Mais lorsque le kyste atteint seulement des dimensions moyennes, ces deux couches s'intriquent plus ou moins complètement et l'examen des coupes ne montre qu'un lacis de faisceaux conjonctifs au milieu desquels on trouve des artérioles et des veinules avec capillaires sous-endothéliaux et des fibres musculaires lisses plus ou moins abondantes selon les points.

*Dans les parties épaissies*, au niveau des nodosités de la paroi, les coupes nous font voir une structure fort différente. Au milieu d'un stroma conjonctif assez abondant, on trouve une série de tubes dont l'aspect et la structure rappellent très exactement les détails du conduit épididymaire (Vautrin et Baraban). Ces tubes sont constitués en effet par une paroi externe formée d'une couche épaissie et continue de fibres musculaires lisses, sur laquelle repose une paroi interne formée d'une couche épithéliale de cellules cylindriques, hautes, à cils vibratiles. Il y a donc analogie absolue de structure avec les canaux excréteurs du sperme. Mais cet épithélium n'est pas partout aussi typique. Par places, on voit la lumière du tube s'élargir et les cellules perdre leurs cils et leur régularité. Ailleurs, on les voit s'aplatir et devenir cubiques ; en un mot, on saisit tous les termes de passage entre l'épithélium tapissant des tubes de structure semblable à celle de l'épididyme et l'épithélium tapissant la surface interne du kyste. Aussi Vautrin conclut-il : « Ne pourrait-on pas admettre, dans ce cas, que les cavi-

tés kystiques ont la même origine que les tubes et que les deux formes épithéliales peuvent se rapporter l'une à l'autre !... »

De cette étude anatomique, nous pouvons donc conclure que les kystes spermatiques semblent se développer dans des conduits de structure analogue à celle des canaux excréteurs du sperme, et que ce n'est que par la distension extrême qu'elle subit que la paroi kystique arrive à perdre, *a priori*, toute analogie avec le spermiducte.

ÉTAT DES ORGANES VOISINS. — La vaginale est assez souvent épaissie et blanchâtre au voisinage du kyste. Parfois elle réagit plus violemment et se trouve distendue par un épanchement plus ou moins abondant. Dans quelques cas rares, cette hydrocèle peut même contenir des spermatozoïdes, sans que l'on puisse trouver un orifice de communication entre le kyste et la cavité vaginale distendue.

Le testicule est ordinairement repoussé en bas et en avant, ou en bas et en arrière. Nous avons vu que dans les kystes à développement transversal, il peut être englobé dans la tumeur et « disparaître ainsi sous le kyste débordant » (Reclus). — On a signalé de l'atrophie testiculaire et des troubles de la spermatogénèse.

L'épididyme est presque toujours déplacé, comprimé ou distendu par le kyste.

CHAPITRE III

# PATHOGÉNIE

Plusieurs théories tentent d'expliquer le mécanisme qui préside à la formation et au développement des kystes spermatiques. Nous allons les étudier successivement.

### Théorie de l'Hétérotopie (Paget).

D'après Paget, certains kystes, situés près de l'organe qui sécrète normalement les matériaux du sperme, pourraient sécréter un liquide analogue. Nous ne citons cette théorie que pour mémoire, car elle est en contradiction absolue avec les lois biologiques générales, avec les faits observés et avec les résultats de l'examen anatomique des kystes spermatiques.

### Théorie Lymphatique (Hochenegg).

D'après cette théorie, les kystes spermatiques résulteraient de l'épanchement secondaire de spermatozoïdes

dans un petit kyste formé primitivement par des vaisseaux lymphatiques dilatés. Rien ne permet d'adopter cette théorie, car on n'a jamais rencontré de dilatations lymphatiques appréciables dans cette région, et puis la structure des kystes spermatiques ne rappelle en rien celle des vaisseaux lymphatiques.

**Théorie Séreuse (Curling, Poirier).**

Cette théorie se rapproche, jusqu'à un certain point, de la précédente, puisque, d'après elle, un certain nombre de kystes à spermatozoïdes se formeraient par rupture d'un vas efférent dans un de ces petits kystes séreux que l'on trouve si fréquemment (dans plus du tiers des cas, d'après Poirier), sur les testicules adultes, à l'union de la glande avec la tête de l'épididyme. — Les petits kystes séreux résultent eux-mêmes d'un épanchement de liquide dans des logettes cloisonnées par des adhérences entre deux feuillets de la vaginale, adhérences qui se forment au cours des changements de situation de l'épididyme par rapport au testicule, pendant les premières années de la vie.

Ces petits kystes séreux ont d'ailleurs été décrits par Gosselin en 1848 ; mais pour lui, ils ne pouvaient jamais devenir spermatiques. Par contre, Curling, dès 1850, écrivait qu'un kyste séreux peut devenir spermatique par effraction dans son intérieur d'un vaisseau conducteur du sperme.

Depuis, Poirier a présenté plusieurs pièces anato-

miques absolument démonstratives ; elles montrent en effet des kystes séreux à la surface desquels on voit ramper des conduits efférents du sperme. Sur certains, on voit même nettement l'orifice de communication entre le kyste et le vas efférent et une injection poussée dans les voies spermatiques remplit très aisément la cavité kystique.

Il nous semble donc assez légitime de conclure qu'un certain nombre de kystes spermatiques puissent prendre ainsi leur origine dans de petits kystes séreux.

**Théorie de l'Epanchement Spermatique (Gosselin, Sédillot).**

Pour les partisans de cette théorie, les kystes spermatiques ne seraient qu'un épanchement du sperme dans le tissu cellulaire, épanchement résultant de la rupture d'un vaisseau efférent et enkysté secondairement par formation d'une membrane accidentelle à son pourtour. En somme, les kystes spermatiques ne seraient qu'une sorte d'anévrisme diffus des canaux excréteurs du sperme.

Cette théorie ne saurait s'appliquer à la totalité des cas ; car elle suppose, à l'origine, un traumatisme suffisant pour amener une déchirure du spermiducte. Mais il est vraisemblable que le développement d'un petit nombre de kystes relève de ce mécanisme. Les travaux et les expériences de Tournade, en effet, ont nettement démontré que lorsque le déférent, sans être oblitéré, est interrompu dans sa continuité, le sperme se déverse librement dans le tissu conjonctif de la gaine péri-déférentielle qui, peu à peu, enkyste l'épanchement dans une

poche close de toutes parts. Il en résulte en définitive un véritable kyste spermatique.

**Théorie de la Rétention Spermatique (Lloyd, Liston, Dolbeau, Kocher, Reclus).**

Comme l'indique sa dénomination, cette théorie explique le développement des kystes par la rétention du sperme dans un conduit dilaté en amont d'un obstacle sous-jacent. Cette théorie, très séduisante par sa simplicité, paraît trouver de bons arguments dans la forme même des voies spermatiques qui sont fort longues, tortueuses, et dont la lumière présente des variations de calibre considérables, toutes conditions favorables à la production d'un obstacle et à la rétention du liquide derrière cet obstacle. Du reste, chez un grand nombre de sujets, on trouve appendues aux tubes épididymaires et communiquant avec eux par un orifice étroit, des petites dilatations ampullaires qui semblent en somme de véritables kystes en miniature.

D'autre part, Stendener, Rosenbach, Curling et Quekett ont réussi à remplir des kystes spermatiques volumineux en faisant une injection dans le déférent et inversement. Kocher a pu injecter les *vasa efferentia* en poussant dans la cavité du kyste une solution de carmin.

Mais le fait qu'une injection passe du déférent dans le kyste ne prouve pas du tout qu'il y a rétention. Il montre simplement que le kyste est en communication avec les voies spermatiques et il établit même qu'il n'y a pas obstacle au cours du sperme, puisque le liquide injecté

peut passer librement. Cet argument de l'injection ne peut donc pas être retenu au bénéfice de la théorie de la rétention spermatique.

D'ailleurs, l'observation des faits cliniques nous montre que les malades porteurs d'oblitérations blennorragiques de l'épididyme ne présentent jamais de kystes spermatiques et sont au contraire atteints souvent d'une atrophie testiculaire. L'expérimentation aboutit aux mêmes résultats et montre que l'oblitération du déférent, loin de produire des kystes, aboutit à une involution régressive du testicule, pouvant aller jusqu'à la stérilité absolue de tous les tubes séminifères (Brissaud, Griffiths, Fabrini, Tournade).

C'est pourquoi nous pensons que les kystes par rétention, s'ils existent, doivent être d'une extrême rareté.

**Théorie Wolffienne (Broca, Vautrin).**

D'après cette théorie, les kystes spermatiques se développeraient dans des canaux préformés, reliquats du corps de Wolff, qu'on trouve normalement au voisinage des voies excrétrices du sperme. Ces canaux sont : le *cas de Rolli*, que l'on rencontre très fréquemment (25 fois sur 45 pour Poirier) en arrière du dernier cône efférent et qui s'implante sur le rete testis ; — les *vasa de l'épididyme ;* — le *vas de Haller*, qui se détache de la queue de l'épididyme ou de l'origine du déférent et se porte en haut en se mêlant aux éléments du cordon sur une hauteur de 2 à 6 centimètres ; — les *vasa du déférent* qu'on peut rencontrer implantés sur un point quelconque de la

portion scrotale du déférent (Sappey et Pellacani).

Ces canaux s'ouvrent tous, par une de leurs extrémités, dans les voies excrétrices du sperme et se terminent de l'autre en cœcum. On comprend donc aisément que le sperme puisse pénétrer facilement dans leur intérieur. Si à ce moment « l'embouchure d'un de ces canaux vient à s'oblitérer, l'accumulation d'un liquide chargé de spermatozoïdes peut s'y faire, sans que les voies spermatiques cessent d'être perméables » (Broca). En effet, le sperme, ayant pénétré dans ces canaux, y détermine par sa stagnation une irritation légère se traduisant par une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante qui peut venir former bouchon et oblitérer la lumière du canal. La sécrétion muqueuse s'ajoute ultérieurement au contenu spermatique primitif et ainsi s'accroît le kyste (le microscope montre en effet, fréquemment, une transformation muqueuse de l'épithélium cylindrique de la paroi).

Dans d'autres cas, on admet que l'enkystement d'un liquide mucoïde dans le vas y précède la pénétration des spermatozoïdes, en un mot que le kyste ne devient spermatique que secondairement. Sous une influence mal précisée, une sécrétion mucoïde s'accumulerait dans le cul-de-sac terminal du vas, en arrière d'un bouchon muqueux ou d'un point coarcté : « Un kyste est ainsi constitué, kyste qui garde néanmoins encore, et pour un temps variable, une communication avec les canaux séminifères, par où le subtil spermatozoïde trouvera une voie de pénétration facile » (Vautrin).

Pour Curling et Quekett, et aussi pour Broca, les

spermatozoïdes peuvent également pénétrer dans ce kyste muqueux par effraction d'un conduit séminifère.

Cette théorie wolffienne permet donc d'expliquer le développement de toutes les variétés de kystes spermatiques puisqu'elle concorde bien avec les faits observés et puisqu'on peut trouver des vasa aberrantia dans toutes les régions où l'on rencontre des kystes spermatiques, depuis le rete testis jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Aussi est-elle adoptée actuellement par la plupart des auteurs.

De cette étude nous pouvons donc conclure qu'il y a vraisemblablement deux variétés pathogéniques de kystes à spermatozoïdes : des kystes primitivement spermatiques et des kystes devenus secondairement spermatiques.

Les premiers peuvent, dans des cas rares, être d'origine traumatique et relever de la théorie de l'épanchement spermatique de Gosselin (rupture d'un canal excréteur du sperme — épanchement — enkystement secondaire de ce sperme). Mais, dans l'immense majorité des cas, ils sont d'origine wolfienne et résultent de la pénétration et de l'enkystement du sperme dans un vas aberrant terminé en cœcum.

Les seconds, les kystes devenus secondairement spermatiques, résultent de la pénétration des spermatozoïdes dans un kyste préformé, séreux quelquefois, wolffien le plus souvent. Cette pénétration se fait, soit à travers un orifice normal et très étroit, le pédicule du kyste, comme le veut Vautrin, — soit par effraction

d'un conduit vecteur du sperme dans le kyste primitif. Ici encore le traumatisme peut jouer un rôle, mais le plus souvent cette effra tion se fait par une usure progressive des parois du kyste et du conduit juxtaposé.

CHAPITRE IV

## SYMPTOMATOLOGIE

Nous prendrons pour type de description les kystes épididymaires, qui sont de beaucoup les plus fréquents.

Le début des kystes spermatiques est lent, insidieux, absolument indolore. C'est le plus souvent par hasard que le malade s'aperçoit qu'il porte dans la région épididymaire un petit noyau gros comme un pois ou comme une noisette, ne donnant lieu à aucune douleur ni à aucun trouble fonctionnel. Ce petit noyau progresse avec une lenteur extrême et met ordinairement des années, deux, trois, cinq ans et davantage avant d'acquérir les dimensions d'un œuf de pigeon.

A sa période d'état, du fait de son poids et de son volume, le kyste peut déterminer une certaine gêne des mouvements des cuisses, mais il est toujours aussi indolore.

Si on examine alors le malade, on voit à l'*inspection*, qu'une des bourses est, comme dans l'hydrocèle, le siège d'une tuméfaction régulière et arrondie plus ou moins prononcée. Il n'y a généralement pas de développement ap-

préciable des veines sous-cutanées, et la peau est toujours saine et nullement altérée.

A la *percussion*, cette tuméfaction est absolument mate.

La *palpation* montre qu'elle est formée par un corps ovoïde arrondi régulièrement, de consistance élastique, rénitente ou fluctuante, suivant les cas. La peau glisse sur elle sans la moindre adhérence. Au pôle inférieur de la tumeur, on reconnaît aisément le testicule à sa forme, à sa consistance et à sa sensibilité. L'ensemble formé ainsi par le kyste et par la glande génitale revêt assez souvent une forme caractéristique qu'on a comparée à une brioche renversée. Mais si l'on a soin d'attirer en haut la tumeur kystique et de l'immobiliser entre les doigts de la main gauche, tandis que d'autre part on saisit le testicule entre les doigts de la main droite, on voit que celui-ci est le plus souvent indépendant du kyste et qu'il peut être immobilisé transversalement sur elle dans une certaine étendue.

L'épididyme est toujours plus difficile à reconnaître et cela se comprend aisément puisque le kyste est développé dans son épaisseur même ou à son voisinage immédiat ; cependant, si l'on a soin d'immobiliser le testicule entre les doigts d'une main et de tirer légèrement en bas, de façon à tendre le cordon, on peut arriver à saisir, entre le pouce et l'index de l'autre main, la queue et le corps de l'épididyme. Quant à la tête, elle est toujours confondue avec le kyste.

Le canal déférent et la plupart des éléments du cordon se reconnaissent aisément à la palpation au niveau de la partie postérieure du kyste.

Si l'on recherche, comme dans l'hydrocèle, la *translucidité* du kyste, on voit que celle-ci manque le plus souvent et qu'elle n'est, en tout cas, jamais aussi parfaite que dans l'hydrocèle vaginale.

Le *toucher rectal* montre une intégrité absolue de la prostate et des vésicules séminales.

Tels sont les signes ordinaires des kystes spermatiques de la région épididymaire. Les kystes funiculaires ont un début tout aussi lent et tout aussi insidieux. Ils se développent progressivement, sur l'un des côtés du cordon, sans douleur et sans réaction, et simulent absolument, par leur siège et par leur forme régulière, l'hydrocèle enkystée du cordon. Seule la translucidité est moins parfaite et moins fréquente.

CHAPITRE V

# ÉVOLUTION, PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

D'ailleurs, quel que soit leur siège, les kystes spermatiques ont une évolution fort lente. Ils augmentent peu à peu de volume, mais ils mettent toujours de longues années avant d'acquérir les dimensions considérables de 500 à 1000 centimètres cubes signalés par quelques auteurs (Leroy, Delattre, Curling). Ils deviennent alors extrêmement gênants du fait de leur volume, mais, en aucun cas, ils ne déterminent de retentissement fâcheux sur la santé générale.

Leur **pronostic** est donc très bénin à tout point de vue. Les troubles de la spermatogénèse qu'ils peuvent déterminer dans certains cas ne paraissent même pas très fréquents. Ainsi Solaro publie l'observation d'un homme qui portait deux kystes spermatiques, l'un sur l'épididyme droit, l'autre du côté gauche ; ces kystes étaient apparus à l'âge de dix ans et le malade les garda jusque vers soixante ans ; cela ne l'empêcha pas cependant d'avoir huit enfants bien portants.

Les **complications** sont d'ailleurs exceptionnelles

Du côté du kyste lui-même, on a signalé très rarement la rupture dans la vaginale ou dans le tissu cellulaire du cordon, à la suite d'un traumatisme. Richelot a observé, dans un cas, *la torsion du pédicule* d'un kyste rattaché à la tête de l'épididyme par des vaisseaux de longueur inaccoutumée. Guyon, Curling, Bauchet ont rapporté des cas de kystes spermatiques *à contenu hématique*. Cette transformation du liquide est d'ordinaire de cause traumatique (ponction, chute ou froissement des bourses) et relève très rarement du mécanisme classique des hématocèles spontanées.

Un peu plus fréquente est l'*inflammation* du kyste. Le plus souvent, d'ailleurs, cette inflammation reste très discrète, disparaît en quelques jours, ne laissant comme trace qu'un épaississement de la paroi qui, dans un cas de Roché, a pu aller jusqu'à la *calcification*. Exceptionnellement, à la suite d'une ponction septique, on a pu voir les phénomènes infectieux aboutir à *la suppuration*.

Du côté des organes voisins, des kystes très volumineux ont, dans quelques cas, déterminé un *varicocèle* ou une *atrophie testiculaire* plus ou moins marquée. — Un peu plus fréquemment, les kystes s'accompagnent d'un *épanchement* dans la vaginale, de quantité variable. Cette *hydrocèle*, lorsqu'elle est volumineuse, arrive à voiler complètement le kyste et à rendre le diagnostic fort difficile. Elle est sans doute due à l'action directe du kyste qui irrite la séreuse comme le fait un corps étranger ; mais il est possible aussi qu'elle reconnaisse pour cause une rupture antérieure du kyste dans la vaginale.

La présence de spermatozoïdes a été en effet notée un certain nombre de fois dans ces hydrocèles et même, dans un cas, Pinatelle et Duroux ont observé un orifice de communication fort net entre le kyste et la vaginale. D'ailleurs Aubert, se basant sur l'examen cytologique qui montre des spermatozoïdes dans nombre d'hydrocèles dites essentielles, a soutenu cette théorie, qui avait été émise longtemps avant lui par Gosselin, que la rupture des petits kystes spermatiques dans la vaginale est une cause très fréquente de la formation de certaines de ces hydrocèles.

CHAPITRE VI

# DIAGNOSTIC

## I Kystes épididymaires

**Le diagnostic** des kystes spermatiques de la région épididymaire ne soulève en général pas de grandes difficultés. L'aspect en brioche renversée fourni par l'ensemble du kyste et du testicule, la régularité de la tumeur, sa rénitence, son évolution lente et insidieuse, constituent des éléments suffisants pour établir le diagnostic de kyste épididymaire. Certes, ils ne suffisent pas pour affirmer que le liquide intrakystique renferme des spermatozoïdes, et seuls la ponction exploratrice et l'examen microscopique permettent d'établir ce diagnostic avec une certitude mathématique. Mais comme les gros kystes de l'épididyme sont, presque toujours, des kystes spermatiques, il s'ensuit que les signes classiques que nous venons d'énumérer suffisent généralement en pratique pour faire le diagnostic avec une suffisante probabilité.

On ne confondra pas, en effet, les kystes spermati-

ques avec **les kystes séreux ou dermoïdes du scrotum,** qui sont très superficiels et absolument indépendants du testicule et de l'épididyme, puisque situés en dehors de la fibreuse commune. Cependant, il peut y avoir des cas difficiles et Reclus cite une observation de kyste dermoïde où ce ne fut qu'en sentant des parties molles dans les bosselures que présentait la tumeur qu'il put éliminer le diagnostic de kyste spermatique posé d'ailleurs par plusieurs autres chirurgiens.

**L'épididymite syphilitique secondaire de Dron,** qui se manifeste par la présence, dans la tête de l'épididyme, d'un petit noyau indolore, gros comme une noisette, ne pourrait qu'exceptionnellement être confondue avec un petit kyste spermatique. Car ce noyau n'est ni rénitent, ni fluctuant et il apparaît en pleine période secondaire, vers le quatrième mois de l'infection, s'accompagnant par conséquent d'autres lésions spécifiques.

De même, **l'épididyme syphilitique tertiaire,** même localisée à la tête de l'organe, ne pourra pour ainsi dire jamais causer d'erreurs de diagnostic. Les antécédents et surtout la forme irrégulièrement marronnée et la dureté de la lésion suffiront toujours à déceler son origine spécifique.

De même aussi, une **tuberculose épididymaire** avec noyau unique, ramolli et fluctuant, ne pourra pas en imposer pour un petit kyste spermatique. Car, même au cas impossible où la lésion elle-même présenterait une certaine ressemblance de forme et de consistance avec un kyste, l'examen du déférent, de la prostate et des vésicules séminales lèverait rapidement tous les doutes en y

décélant les lésions caractéristiques de la tuberculose génitale.

**La maladie kystique du testicule** pourrait, dans certain cas, simuler un kyste épididymaire. On sait en effet que la maladie kystique est un épithélioma wolffien, développé aux dépens de la partie de la glande génitale dérivant des canalicules du corps de Wolff (rete testis, cônes efférents). Donc, au début de la maladie, la portion wolffienne du testicule, c'est-à-dire la portion voisine de l'épididyme, est seule atteinte et tout le reste de la glande est indemne. Par conséquent si, à ce moment, un des kystes de l'épithélioma devient très prédominant, la tumeur peut fort bien prendre l'aspect en brioche renversée et simuler à première vue un kyste spermatique. Mais c'est là une disposition exceptionnelle ; en sorte que la maladie kystique forme toujours une tumeur irrégulière, dure, inégale, et présente une marche beaucoup plus rapide que le kyste spermatique.

Il en est de même de la **forme kystique du sarcome de l'épididyme** qui évolue fort rapidement, s'accompagne de battements prononcés de l'artère spermatique et de dilatations des veines du cordon, et envahit de proche en proche le testicule et les tissus voisins.

Beaucoup plus délicat est le diagnostic avec **l'hydrocèle simple.** Certes, dans les cas classiques, quand le kyste spermatique n'est pas très volumineux, quand on sent au-dessous de lui le testicule à peu près indépendant, il ne peut guère y avoir d'erreurs. Mais lorsque la tumeur est très volumineuse et surtout quand il s'agit de kystes intravaginaux à développement latéral ayant englobé

complètement le testicule, le diagnostic devient pour ainsi dire impossible. La recherche de la translucidité peut rendre alors de grands services, puisqu'elle manque fréquemment dans les kystes spermatiques et rarement dans l'hydrocèle. Mais il faut bien reconnaître que, dans ces cas où la tumeur simule absolument une hydrocèle, ce n'est guère que la ponction exploratrice qui peut lever les doutes. Encore, au cas où l'on retirerait un liquide laiteux, ou opalescent, devrait-on faire un examen microscopique et reconnaître les spermatozoïdes ; car il existe certaines hydrocèles, rares à la vérité sous nos climats, les hydrocèles filariennes, dans lesquelles le liquide épanché est toujours plus ou moins laiteux.

Les difficultés du diagnostic deviendront encore plus grandes quand il s'agira d'une **hydrocèle enkystée du cul-de-sac sous-épididymaire** ou d'une de ces variétés spéciales **d'hydrocèles partielles** qui ont été décrites par I. Brault, sous le nom **d'hydrocèles à double fond.** Dans l'un comme dans l'autre cas, en effet, l'aspect donné par les lésions simule à s'y méprendre un kyste épididymaire. Car le testicule, « au lieu de baigner dans la masse liquide, d'être inclus au milieu d'elle et d'échapper en quelque sorte à l'exploration, se dégage de la cavité vaginale, s'énuclée et fait saillie au dehors de la tumeur sur laquelle on peut le sentir en relief, l'isoler et même lui imprimer des mouvements » (Sebileau). Le diagnostic ne devient donc possible que par la ponction exploratrice.

Mais nous avons vu que parfois les kystes spermatiques peuvent s'accompagner d'une hydrocèle plus ou

moins abondante et il s'agit dans ces cas de savoir déceler le kyste qui se cache derrière le liquide épanché, dans la séreuse vaginale. Quand l'épanchement est peu abondant et la vaginale peu distendue, on peut d'ordinaire reconnaître deux poches distinctes et indépendantes, l'une épididymaire, l'autre vaginale. Le diagnostic est donc possible, quoi qu'on puisse encore penser à une maladie kystique compliquée d'hydrocèle. Mais lorsque l'épanchement accompagnant le kyste est abondant et la poche tendue, « l'aspect, la forme, la transparence de la tumeur sont ceux d'une simple hydrocèle » (Pagès), et le diagnostic devient presque impossible. Seule la ponction évacuatrice de la vaginalite séreuse permet de reconnaître la présence d'une deuxième collection liquide présentant les caractères d'un kyste spermatique.

### 2° Kystes funiculaires

Les kystes spermatiques funiculaires simulent absolument **l'hydrocèle enkystée du cordon** et **les formations kystiques développées dans les sacs herniaires déshabités.** Seuls le manque habituel de translucidité et surtout la ponction exploratrice permettent d'établir le diagnostic.

## CHAPITRE VII

# TRAITEMENT

Il existe deux modes de traitement des kystes spermatiques : la ponction et l'extirpation.

La *ponction évacuatrice simple* a suffi, dans certains cas, pour amener la guérison définitive du kyste. Mais, comme elle est très fréquemment suivie de récidives, on préfère toujours, comme dans l'hydrocèle, la *ponction suivie d'injection modificatrice* à la teinture d'iode. Cette petite intervention est d'une extrême simplicité et elle donne presque toujours des résultats excellents.

Cependant, dans certains kystes extravaginaux où la paroi est souvent d'une minceur extrême, le liquide modificateur a pu rompre cette frêle barrière, infiltrer le tisssu cellulaire voisin et y causer des accidents de sphacèle plus ou moins graves. Aussi, comme d'autre part, on a pu observer quelques récidives après cette intervention, on lui préfère d'ordinaire aujourd'hui l'*ablation chirurgicale du kyste*. On incise verticalement le scrotum sur la portion la plus saillante de la tumeur, on traverse ou non la vaginale suivant que le kyste est intra ou extra-

séreux, on arrive sur la poche et on la dissèque avec soin. Une fois qu'elle est bien isolée, il arrive parfois qu'elle ne tient plus que par un pédicule qu'on n'a alors qu'à sectionner après l'avoir lié. D'autres fois, la tumeur est plus largement implantée et l'on doit reséquer avec elle une portion plus ou moins étendue de l'épididyme. On répare cette brèche, on fait une hémostase soignée et l'on suture les divers plans du scrotum selon les procédés ordinaires. La guérison s'obtient toujours en très peu de temps.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

*Nous devons cette observation à l'obligeance de notre excellent ami, le Docteur Planson, ancien interne des Hôpitaux, auquel nous sommes heureux d'adresser ici nos plus sincères remerciements.*

M. V..., 51 ans, se présente à ma consultation, le 12 mai 1910, et demande mon avis sur une tumeur qui s'est développée au niveau de la bourse gauche.

Le malade ne présente rien d'anormal dans ses antécédents, — mais il rattache très nettement le développement de cette tumeur à un traumatisme reçu trois ans auparavant : une balle de tennis lancée avec force l'a contusionné violemment au niveau de la bourse gauche.

La région est restée très douloureuse pendant plusieurs jours. Puis quelques semaines plus tard, est apparue au-dessus du testicule une petite tumeur qui s'est développée progressivement jusqu'à atteindre le volume qu'elle présente actuellement.

Elle n'a jamais causé de douleurs vives. Cependant depuis trois mois, quelques tiraillements et pesanteurs nécessitent le port d'un suspensoir.

A l'examen, on note les symptômes suivants :

La bourse gauche est nettement augmentée de volume.

A sa partie moyenne, on voit une bosselure du volume d'une petite noix qui bombe au niveau de sa paroi antérieure. Pas de développement veineux sous-cutané.

A la palpation, on sent que la tumeur, grosse comme une forte noix, siège immédiatement au-dessus du pôle supérieur du testicule dont elle est séparée par un sillon très net. Elle surplombe la glande, mais il est impossible de l'en séparer. En arrière, elle paraît se continuer avec l'épididyme. En avant et en haut, elle est libre et nettement limitée.

Sa consistance est rénitente. Indolence absolue. Elle est opaque à la lumière. Le diagnostic porté est celui de kyste épididymaire.

Opération le 3 juin 1910. Anesthésie générale. Incision parallèle au grand axe de la tumeur sur la face antéro-externe de la bourse gauche. On arrive de suite sur la tumeur qui est presque complètement recouverte par la vaginale. On l'isole partiellement de la séreuse et des éléments du cordon. Elle apparaît comme constituée par la tête et la partie antérieure du corps de l'épididyme qui serait en quelque sorte distendu par le liquide kystique. L'ablation du kyste est aisée ; on doit cependant ouvrir largement la vaginale, sectionner en bas les adhérences avec le testicule (vasa efferentia), et séparer en arrière le kyste d'avec le corps de l'épididyme.

Réparation aussi complète que possible de la brèche vaginale. Surjet au catgut sur la tranche épididymaire. Suture du scrotum. Guérison parfaite au bout de quelques jours.

Examen de la pièce. Volume d'une grosse noix. Paroi très mince, transparente en avant, épaisse en bas et en arrière.

A l'ouverture, elle laisse échapper un liquide lactescent.

A. Examen du liquide. Au microscope on voit à côté de fines granulations très réfringentes, des spermatozoïdes en grande quantité ; quelques-uns sont mobiles, le plus

grand nombre immobiles ou peu mobiles. Beaucoup ont perdu leur appendice caudal.

B. Examen de la paroi :

Parties minces : 1° couche de tissu conjonctif lamelleuse, avec quelques fibres musculaires lisses ; 2° en dedans, revêtement épithélial : une seule couche de cellules cubiques, à noyau basal.

Parties épaissies : Tubes d'apparence épididymaire, noyés dans un stroma conjonctif.

# CONCLUSIONS

Connus déjà depuis quelque temps, les kystes spermatiques constituent une affection relativement rare.

Généralement uniques, peu volumineux, ces kystes sont paraépididymaires et alors intravaginaux plus ou moins complètement, ou funiculaires et alors extravaginaux. Leur contenu caractéristique est constitué par un liquide opalescent contenant des spermatozoïdes, des débris de spermatozoïdes, libres ou inclus à l'intérieur de gros macrophages en voie de phagocytose.

Au point de vue pathogénique, on doit en distinguer deux variétés : des kystes primitivement spermatiques et des kystes secondairement spermatiques.

Les kystes primitivement spermatiques relèvent :

*a*) Soit de la théorie de Gosselin (enkystement d'un épanchement spermatique dans le tissu cellulaire de la région).

*b*) Soit de la théorie wolffienne de Broca (enkystement spermatique dans des débris wolffiens).

Les kystes secondairement spermatiques s'expliquent aisément par la pénétration de spermatozoïdes dans des

kystes préformés, quelquefois séreux, le plus souvent wolffiens.

Leur symptomatologie très nette permet le plus souvent un diagnostic facile ; seules, l'hydrocèle enkystée, particulièrement l'hydrocèle dite à double fond, et la maladie kystique du testicule peuvent quelquefois prêter à confusion.

Leurs complications rares, leur évolution lente entraînent un pronostic bénin. L'ablation chirurgicale constitue leur meilleur mode de traitement.

*Vu : Le Doyen,*
LANDOUZY.

*Vu : Le Président,*
P. SEGOND.

*Vu et permis d'imprimer :*
*Le Vice-Recteur de l'Université,*
LIARD.

# BIBLIOGRAPHIE


Albert. — Traité de Chir. clin. et de Méd. op. T. IV, *Paris*, 1893.

Alessandri. — Sulla patogeneri delle cisti sotto epididymali spermatiche. *Arch. ed atti d. Soc. ital. di Chir.* 1897-1898, XII, p, 104.

Aubert. — Cytologie des hydrocèles. *Th. Lyon*, 1902-03.

Bacalogla. — Kyste sous-épididymaire spermatique. *Bull. et Mem. Soc. anat.*, 1899, p. 137.

Bardot. — Etude sur l'anatomie patholog. et la pathogénie des kystes spermatiques. *Th. Nancy*, 1887.

Bender. — Kyste volumineux para-épididymaire. *Bull. et Mem. Soc. Anat.* 1900, II, p. 756.

Biran (de). — Grands kystes de l'épididyme. *Th. de Paris*, 1886-87.

Bonneau. — Kyste de l'épididyme survenant, etc. *Ann. des Mal. organ. genito-urin.*, 1907, II, p. 1698.

Bouchet. — Grand kyste de l'epididyme. *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, 1904, I, p. 217.

Bouju. — De l'extirpation des kystes de l'épididyme. *Th. de Paris*, 1896.

Bouilly. — Manuel des quatre agrégés. T. IV, art. *Kyste de l'épididyme*, p. 294.

Bourrut-Lacouture. — Contr. à l'étude anatom. des vestiges du canal péritonéo-vaginal... leur rôle dans la production des kystes du cordon. *Th. Bordeaux*, 1905-1906.

Brault. — *Lyon Médical*, 6 déc. 1896, nº 49, p. 476.

Brissaud. — Etude anatomo-patholog. sur les effets de la ligature du can. déférent. *Archiv. de Physiol. norm. et pathol.* T. VII, 1880, p. 779.

Broca. — *Bull. et Mem. Soc. Anat.* 1848, p. 48.

— *Bull. et Mem. Soc. Anat.* 1851, p. 393.

— Traité des tumeurs, t. II, *Paris*, 1869.

Brodie. — *Archiv. générales de Méd.*, 1re série, tt. XIII et XIV.

Cornil. — Examen d'un Kyste spermatique. *Bullet. et Mem. Soc. Anat.* 1906, p. 217.

Coulon. — *Bull. et Mem. Soc. Anat.* 1858, p. 133.

Curling. — Traité des Maladies du Testicule, *Londres, 1844 et 1850.*

Delattre. — Des Kystes spermatiques, *Th. de Paris*, 1882.

Demoulin. — Note sur un cas de grand kyste sus-épid. *La France Médicale*, 1898, 29 avril, p. 257.

Dolbeau. — *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, 1856, p. 20.

Gosselin. — Recherches sur les kystes de l'épid. du testic., etc. *Archives générales de Méd.*, 4e série, 1848, pp. 24 et 163.

Gosselin et Walther. — Dictionnaire Jaccoud, 1883. Article *Testicule.*

Hochenegg. — Ueber Cysten am Hoden und Nebenhoden. — *Wiener. Med. Jahr.* 1885, I., p. 149.

KOCHER. — Die Krankheiten der mânnlicher geschlechtsorgane. *Deut. Chir., Bd* 50, 1887.

LE CLERC-DANDOY. — Cryptorchidie avec kyste et tuberculose de l'épididyme. *Journ. Med. de Bruxelles*, 1907, XII, p. 431.

LEROY. — A propos d'un kyste sperma. *Echo med. du Nord*, 1910, n° 13, p. 153.

LISTON. — *Medico-Chirurg. trans.*, 1843, XXVI, p. 215.

LLOYD. — *Medico-Chirurg. trans.*, 1843, XXVI, p. 368.

MARCÉ. — Hydrocèle enkystée spermatique. *Th. Paris*, 1856.

MONOD et ARTHAUD. — Pathogénie et structure des petits kystes de l'épid. *Arch. de Physiol.*, 1885, 3e série, T. IV, p. 283.

PAGÈS. — Coïncidence des kystes de l'épid. et de l'hydrocèle. *Thèse Paris*, 1894.

PAGET. — *Medico-Chirurg. trans.*, 1844, T. XXVII, p. 398.

PAWLOFF. — Altération des testicules dans l'âge mur et la vieillesse. *Ann. des Malad. des Organes génito-urinaires*, 1904, p. 1091.

POIRIER. — *Soc. Anat.*, avril 1889, p. 338.

— Pathogénie des kystes de l'épid. *Revue de Chirurg.*, 1890, T. X, p. 861.

RECLUS. — Traité de Chiru. Duplay-Reclus. T. VIII. Article *Kystes de l'épid.*

RICHELOT. — Kyste de l'épid. à pédicule tordu. *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, 1903, p. 930.

ROCHÉ. — Kyste du cordon à parois calcifiés. *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, 1889, p. 347.

SABRAZÈS. — Cytologie et Pathogénie des kystes spermatiques. *Académie des Sciences, séance du 5 novembre 1906.*

SAVARIAUD. — Volumineux kyste de l'épid. *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, 1906, p. 173 et p. 217.

SEBILEAU. — In *traité Le Dentu-Delbet*, T. X, *article : Kystes de l'épid. et du cordon.*

SÉDILLOT. — *Académie des Sciences*, 31 juin 1853.

SOLARO. — Sur la structure et la pathogénie des kystes spermatiques. *Clinica chirurgica*; 1908, T. II, p. 1578.

TOURNADE. — Etude sur les modifications du test., consécutives à l'interruption du can. déférent. — Rôle pathogénique des kystes à spermatozoïdes. *Thèse Lyon*, 1903.

VALENCE. — Du kyste hématique épididymaire. *Arch. de Med. navale*, 1902, p. 113.

VAUTRIN. — Considérations sur les kystes spermatiques du scrotum. *Revue de Chirurgie*, 1889, p. 1.

VAUTRIN et APFFEL. — Etude sur les kystes wolffiens du cordon. *Ann. des malad. des Org. génito-urin.*, 1906, p. 1681.

VERNEUIL. — *Soc. chir.* 1857, T. IV, p. 58.

WALTER (G.-Th.). — Bij. drage tot de casuistich van het kystoma épididym. proliferum (spermatocèle). *Nederl. Pijdechi. v. Geneesh.*, Amsterdam, 1901, XXXVII, d. 2, p. 573.

Orléans. — Imp. H. Tessier.